



Article original

Facteurs associés à la non-observance des personnes vivant avec le VIH à la thérapie antirétrovirale
Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV

Alphonse Muninga Atungale¹, Steve Cele Atungale², Olivier Olivera Lunkama³, Serge Aluna Inia³, Emery Otak Ngalafele⁴, Jules Nakamukwikila Ilaka⁵, Marcus Kabangu², Faustine Nsakene Mupoy⁶, Fréddy Lanker Malebe⁶, Giresse Bolasimbo Kabayidi⁶, Didier Lampi Eloses⁶, Joseph Bwami Mubuto⁷, Rabby Monama Enzinga⁸ et Joseph wa Kazadi Tshibangu¹

Auteur correspondant

Atungale Alphonse Muninga

Téléphone : (+243) 814270516

Courriel : atungalealphonse@gmail.com

Summary

Context and objective

HIV is the deadliest scourge in history, and antiretrovirals remain a panacea. This study seeks to identify factors associated with non-adherence of people living with HIV/AIDS (PLWHA) to antiretroviral therapy (ART).

Methods

The cross-sectional analytical study was conducted within the Actions Communautaires SIDA/ Avenir Meilleur pour les Orphelins structure in Kinshasa, Democratic Republic of Congo (DRC). It targeted eligible PLWHA. Non-probability sampling of the occasional type was used using the interview technique. Bivariate and multivariate analyses were used, as well as logistic regression using SPSS version 16.0 software.

Results

72 PLWHA were interviewed, with an average age of 44 years and a sex ratio of 2 women to 1 man. Therapeutic adherence was 55.6%. Factors associated with non-adherence were anxiety (51.4%), stress, poor relationship with caregiver (44.4%), forgetfulness (37.5%), sexual demotivation (20.8%), self-consciousness (19.4%) and lack of confidentiality (13.9%).

Conclusion

Non-adherence to antiretroviral therapy is a problem in the DRC. It is important to emphasize therapeutic education in the success of ART.

Keywords: associated factors, non-adherence, HIV, AIDS, antiretroviral therapy (ART), epidemiology, treatment

Résumé

Contexte et objectif

Le VIH est un fléau le plus meurtrier de l'histoire et les antirétroviraux demeurent une panacée. Cette étude cherche à identifier les facteurs associés à l'inobservance des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à la thérapie antirétrovirale (TARV).

Méthodes

L'étude transversale analytique a été menée au sein de la structure Actions Communautaires SIDA/ Avenir Meilleur pour les Orphelins. Elle a ciblé les PVVIH éligibles. L'échantillonnage non probabiliste du type occasionnel a été utilisé par la technique d'interview. Les analyses bivariée et multivariée ont été utilisées ainsi que la régression logistique par le logiciel SPSS version 16.0.

Résultats

72 PVVIH ont été interviewées dont l'âge moyen était de 44 ans, avec un sex ratio de 2 femmes pour 1 homme. L'observance thérapeutique était de 55,6 %. Les facteurs associés à l'inobservance sont l'anxiété (51,4%), le stress, la mauvaise relation avec le soignant (44,4%), l'oubli (37,5%), la démotivation sexuelle (20,8%), la conscience personnelle (19,4%) et le manque de confidentialité (13,9%).

Conclusion

L'inobservance à la thérapie antirétrovirale constitue une problématique dans le contexte de la RDC. Il est important d'insister sur l'éducation thérapeutique dans le succès de la thérapie antirétrovirale.

Mots-clés : facteurs associés, non-observance, VIH, Sida, thérapie antirétrovirale (TARV), épidémiologie, traitement



1. Université Pédagogique Nationale (UPN), Faculté de Sciences de la Santé,
2. Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM), IDIOFA, République Démocratique du Congo.
3. Institut Supérieur des Techniques Médicales d'ILEBO,
4. Institut Supérieur Pédagogique d'Idiofa, Département de Biologie-chimie, Sciences exactes, RDC.
5. Institut supérieur Pédagogique (ISP)/BELEMIESE,
6. Institut Supérieur des Techniques Médicales et Management (ISTMM/CEPROMAD) Kinshasa, RDC.
7. Zone de santé Kintambo, Kinshasa, RDC.

Reçu le 18 août 2022

Accepté le 17 juillet 2023

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i4.8>Received August 18th, 2022Accepted July 17th, 2023<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i4.8>

Introduction

L'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection progressive qui affecte le système immunitaire. Elle demeure un problème mondial de santé publique. En 2017, le nombre estimé des personnes vivant avec le VIH avait été estimé à 36,9 millions (1). L'observance thérapeutique est une question majeure dans la prise en charge des maladies chroniques en général et de l'infection à VIH en particulier (2). Dans une étude menée au Canada en 2018, le taux de diagnostic national était de 6,2 pour 100 000 habitants avec un total de 2 296 diagnostics de VIH. On avait dénombré six transmissions durant la période périnatale, dont quatre ont été attribuées à des mères qui n'ayant pas reçu de traitement antirétroviral (3). Cette prévalence est restée relativement stable depuis 2007, grâce aux efforts du Programme National de Lutte contre le VIH pour la prise en charge de l'infection à VIH et l'implication communautaire dans le dépistage volontaire (4), malgré la forte prévalence dans certains pays frontaliers comme la Zambie (12,9%), l'Ouganda (7,1%) et la Tanzanie (4,7%) (5). Le succès du traitement antirétroviral repose sur l'observance thérapeutique. Cette dernière est nécessaire pour réduire la mortalité, diminuer le risque de résistance et restaurer l'immunité. Les multi thérapies antirétrovirales (ARV) ont modifié la prise en charge de l'infection

au VIH (6-8). La République démocratique du Congo (RDC) n'est pas à l'abri de cette pandémie de l'infection à VIH. En 2016, la prévalence du VIH était de 1,2 % dans la population générale et de 1,8 % chez les femmes enceintes à l'échelle nationale (9). D'autres auteurs renchérissent que l'épidémie de VIH est relativement stable, avec une prévalence de la maladie variant autour de 1,2 % en 2013 (10-11) dont seuls 12,3% des patients éligibles ont eu accès aux traitements antirétroviraux en 2012 (12). Une étude menée à Kinshasa en 2012 a rapporté un taux de non-observance de 20,9 % (13). L'enjeu que représente l'observance pour les sciences médicales, infirmières et de santé publique oblige les soignants à se doter d'un certain nombre de Bavoires sur la complexité des comportements, des attitudes, des affects et des croyances en jeu dans la prise d'un traitement. Pour y parvenir, il est important de se doter des informations sur les facteurs probants ayant une influence négative sur l'observance au traitement antirétroviral. La dimension relationnelle est fondamentale dans la gestion du traitement, dans la mesure où la prise de multi-thérapies n'est pas que le seul enjeu pour le patient et que la gestion de son traitement ne relève pas seulement d'un ordre rationnel. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH n'est pas une prise en charge technique. A Kinshasa, parmi les patients vivant avec le VIH (PVVIH), seul environ un tiers prend ses médicaments selon la



prescription. Cependant même lorsque les patients comprennent pleinement les conséquences de la non-observance au traitement, les taux d'observance ne sont pas optimaux. La bonne observance est un facteur décisif dans le succès du traitement (10). La présente étude avait pour objectif d'identifier, auprès des PVVIH, les facteurs associés à l'inobservance à la Thérapie Anti Rétrovirale (TARV) en vue de relever les maillons faibles de cette chaîne de la prise en charge du VIH-Sida.

Méthodes

Nature, cadre et période

L'étude transversale analytique a été conduite à Kinshasa (car elle permet d'analyser les facteurs associés à la non observance par les personnes vivant avec le VIH à la Thérapie Antirétrovirale) au sein de la structure Actions Communautaires SIDA / Avenir Meilleur pour les Orphelins (ACS/AMO CONGO) (une organisation non gouvernementale qui a été créée en 1993 dans la Ville Province de Kinshasa par un groupe de médecins et de personnalités alarmés par les conséquences sociales catastrophiques de la pandémie du SIDA au Congo) durant la période allant du 10 février au 17 juin 2018.

Population et critères de sélection

Cette étude a ciblé les personnes vivant avec le Virus d'Immunodéficience humaine (PVVIH) sélectionnées selon les critères d'inclusion suivants :

- Etre personne atteinte du VIH
- Etre prise en charge dans la structure ACS/AMO Congo,
- Etre présente au moment d'enquête
- Acceptée de participer à notre étude

Un échantillonnage non probabiliste du type occasionnel ou de convenance a été utilisé. La concrétisation des enquêtes a été rendue possible grâce à la technique d'interview face à face utilisant un questionnaire structuré du fait qu'elle a l'avantage d'intervenir même pour les sujets ne sachant ni lire ni écrire. La détermination de la taille de l'échantillon constitue une étape importante dans le processus d'échantillonnage. Pour cela, la formule de Fisher a été jugée utile pour déterminer la taille de l'échantillon. $n = \frac{Z(a)^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$ Comme les données n'étaient pas accessibles, la prévalence de nos clients qui étaient non observant lors de notre pré enquête sur les patients a été retenu. Alors les clients qui ne respectaient pas le traitement représentaient 95 % de cas.

N : taille de l'échantillon

Z : 1.96 Coefficient de confiance pour 5%

P : 95% prévalence estimative des PVVIH non observant aux ARV

q : $1-p=1-0,95=0,05$.

d : degré de précision désirée : l'intervalle de confiance de la population, si $d=\pm 5\%$, soit 0,05

$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,95 \times 0,05}{(0,05)^2} = 72$ La taille de l'échantillon

calculé est constituée de 72 sujets

Paramètres d'intérêt

Les facteurs sociodémographiques, socioculturels, géographiques, économiques, psychosociaux et ceux liés à la prise en charge ont été d'intérêt pour cette étude. *Définitions opérationnelles*

Il a été jugé non observant, le patient oubliant de prendre son traitement ou ayant interrompu son traitement pour une raison quelconque ; un seuil de signification $p \leq 0,05$ était associé à la non observance. *Analyse statistique* Les données ont été saisies sur Excel 2010 et l'analyse a été effectuée en utilisant le logiciel SPSS version 16.0. Les analyses descriptives effectuées ont inclus la mesure des proportions pour les variables discrètes, la moyenne pour les données quantitatives à distribution Gaussienne. Le coefficient β a été utilisé dans la régression logistique multiple pour rechercher les déterminants de la non-observance.

Considérations éthiques

L'anonymat et la confidentialité des enquêtés ont été respectées pour palier à l'aspect éthique des répondants.

Résultats

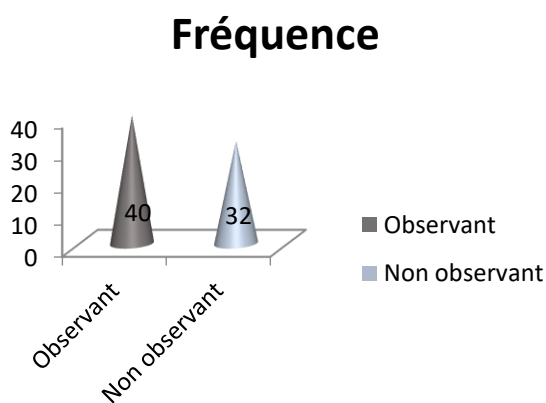
Au total, 72 PVVIH-positifs ont été inclus dans la présente étude. Une prépondérance du sexe féminin soit 65 % a été observée avec le sex ratio ou rapport de masculinité de 2 femmes pour 1 homme (48 femmes/24 hommes). Leur âge moyen était de 44 ans avec les âges extrêmes entre 16 et 65 ans, dont la majorité soit 36,1% avait l'âge de 46-55 ans. 37,5 % des patients étaient respectivement, des mariés et des veufs, 44,4% étaient sans emploi, 41,7 % travaillaient dans le secteur privé. Bon nombre de patients avait une accessibilité géographique aux services de soins (86,1%) et 79,2 % étaient propriétaires de résidence. La majorité avait un niveau d'étude primaire (56,9 %), 22,2 % avaient un niveau d'étude universitaire et 5,6 % étaient analphabètes. Les détails des caractéristiques de la population générale sont résumés dans le Tableau 1.



Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Variabiles	n=72	%
1. Age (ans)		
- 16 – 25	3	4,2
- 26 – 35	11	15,3
- 36 – 45	22	30,6
- 46 – 55	26	36,1
- 56 – 65	10	13,9
2. Sexe		
- Masculin	24	33,3
- Féminin	48	67,7
3. Etat-civil		
- Marié	27	37,5
- Célibataire	14	19,4
- Veuf	27	37,5
- Divorcé	4	5,6
4. Profession		
- Secteur public	10	13,9
- Secteur privé	30	41,7
- Sans emploi	32	44,4
5. Commune de résidence (accessibilité géographique)		
- Accessible	62	86,1
- Inaccessible	10	13,9
6. Statut résidentiel		
- Locataire	15	20,8
- Propriétaire	57	79,2
7. Niveau d'instruction		
- Analphabète	4	5,6
- Primaire	41	56,9
- Secondaire	11	15,3
- Supérieur d'université	16	22,2

La figure 1 présente le niveau d'observance qui est situé 55,5 % (soit 40 sur 72).



Le tableau 2 liste les facteurs associés à la non observance des PVVIH-Positifs à la TARV. Parmi eux, 34,7% avaient de repas de façon irrégulière, 6,9 % prenaient l'alcool et 50,0% soutenaient que le coût de soins médicaux était très onéreux, et 68,1 % voyageaient au cours du traitement et en

plus 15,3% des patients étaient en jeun de prière au cours du traitement. Par ailleurs, 5,6% des patients croyaient à la guérison miracle, 13,9% soutiennent que le personnel manquait de confidentialité quant à leur état sérologique et 37,5% oubliaient de prendre les ARV. 11,1% étaient stigmatisés tant par leurs familles que par les soignants et 9,7 % manquaient de soutien moral. Par ailleurs, 11,1 % des patients soutenaient que le personnel soignant n'était pas disponible, 9,7 % avaient des infections opportunistes, 8,3% doutaient de l'efficacité des ARV, 9,7% étaient sujet de la discrimination et 19,4 % disent qu'ils étaient conscients de l'abandon du traitement.



Tableau 2. Facteurs associés à la non observance aux ARV

Variables	N=72	%
1. Distribution de repas		
- Irrégulière	25	34,7
- Régulière	47	65,3
2. Prise d'alcool pendant le traitement		
- Oui	5	6,9
- Non	67	93,1
3. Coût de soins médicaux		
- Elevé	36	50,0
- Abordable	36	50,0
4. Déplacement ou voyage au cours du traitement		
- Oui	49	68,1
- Non	23	31,9
5. Jeûne de prière		
- Oui	11	15,3
- Non	61	84,7
6. Croyance à la guérison spirituelle		
- Oui	4	5,6
- Non	68	94,4
7. Manque de confidentialité		
- Oui	10	13,9
- Non	62	86,1
8. Oubli		
- Oui	27	37,5
- Non	45	62,5
9. Stigmatisation		
- Oui	8	11,1
- Non	64	88,9
10. Manque de soutien moral		
- Oui	7	9,7
- Non	65	90,3
11. Indisponibilité du personnel soignant		
- Oui	8	11,1
- Non	64	88,9
12. Infections opportunistes		
- Oui	7	9,7
- Non	65	90,3
13. Doute d'efficacité des ARV		
- Oui	6	8,3
- Non	66	91,7
14. Discrimination		
- Oui	7	9,7
- Non	65	90,3
15. Conscience personnelle		
- Oui	14	19,4
- Non	58	80,6



En analyse bivariée (tableau 3), le sexe féminin, le coût de soins médicaux abordable, l'inaccessibilité géographique par rapport à la commune de Résidence, le déplacement ou voyage, le fait d'être employé (profession) et la distribution irrégulière de repas ont émergé comme facteurs associés à la non observance. En analyse multivariée, cette force d'association a persisté. Le risque était multiplié par 3 chez les sujets ayant une distribution irrégulière de repas (OR ajusté 2,80 IC à 95 % [1,05-7,40] p=0,03, par 5 chez les personnes ayant

une inaccessibilité de la commune de résidence (OR ajusté 5,11 IC à 95% [3,60- 8,06], p = 0,002), par 6 chez les sujets du sexe féminin (OR ajusté 6,13 IC à 95% [1,16-13,08] p=0,03 et pour les sujets dont le coût de soins médicaux était abordable (OR ajusté 5,68 IC à 95% [1,17-17,54], p=0,03, par 7 chez les sujets employés (OR ajusté 7,2 IC à 95% [2,51-12,10], p=0,000 et par 8 chez les personnes qui se déplaçaient au cours du traitement (OR ajusté 7,85 IC à 95% [2,39- 11,11], p=0,01.



Tableau 3. Facteurs associés de non observance des ARV

N°	Déterminants	Non observance		Analyse bivariée				Analyse Multivariée	
		N	N (%)	P	OR na, IC _{95%}	β	Z-Stat	P	ORa, IC _{95%}
1.	Age (ans)								
-	46 -65	36	22 (55,0)		1				1
-	16 -45	36	18 (45,0)	0,30	1,57 [0,8 – 1,8]	0,28	0,67	0,50	1,33 [0,57-3,08]
2.	Sexe								
-	Masculin	47	32 (80,0)		1				1
-	Féminin	25	8 (20,0)	0,003	0,22 [0,1 – 2,5]	1,81	2,14	0,03	6,13 [1,16-13,08]
3.	Etat-civil								
-	Non marié	45	24 (60,0)		1				1
-	Marié	27	16 (40,0)	0,6	0,78 [0,5 – 1,3]	-0,62	-0,74	0,45	0,73 [0,08- 6,06]
4.	Commune de résidence								
-	Accessible	62	33 (82,5)		1				1
-	Inaccessible	10	7 (17,5)	0,3	2,05[0,8 – 2,1]	1,63	1,49	0,002	5,11 [3,60- 8,06]
5.	Statut résidentiel								
-	Locataire	15	11 (27,5)		1				1
-	Propriétaire	57	29 (72,5)	0,1	2,65[0,9 – 2,7]	0,24	0,29	0,76	1,27[0,75-6,46]
6.	Déplacement ou voyage								
-	Non	23	5 (12,5)		1				1
-	Oui	49	35 (87,5)	0,000	3[1,4 – 7,2]	2,06	2,34	0,01	7,85[2,39- 11,11]
7.	Profession								
-	Sans emploi	42	31 (77,5)		1				1
-	Employé	30	9 (22,5)	0,000	6,57 [3,3 – 7,1]	1,98	3,81	0,000	7,2[2,51-12,10]
8.	Distribution de repas								
-	Irrégulière	25	21 (52,5)		1				1
-	Régulière	47	19 (47,5)	0,006	7,73 [4,4 – 8,3]	1,02	2,07	0,03	2,80 [1,05-7,40]
9.	Coût de soins médicaux								
-	Abordable	36	14 (35,0)		1				1



- Elevé	36	26 (65,0)	0,004	0,24 [0,1 – 2,9]	173	2,15	0,03	5,68 [1,17-17,54]
10. Manque de confidentialité								
- Non	62	37 (92,5)		1				1
- Oui	10	3 (7,5)	0,07	3,45 [2,2 – 3,6]	-1,20	-1,53	0,12	0,30 [0,06-1,40]
11. Stigmatisation								
- Non	64	35 (87,5)		1				1
- Oui	8	5 (12,5)	0,6	0,16 [0,1 – 2,0]	0,25	0,29	0,76	1,29[0,23-7,11]
12. Doute d'efficacité des ARV								
- Non	66	36 (90,0)		1				1
- Oui	6	4 (10,0)	0,8	0,6 [0,4 – 3,1]	0,81	0,74	0,45	2,25[0,26-7,72]

*NS : Différence non significative ; * Différence significative ; ** Différence très significative*



Discussion

La présente étude a été menée dans le souci d'identifier les facteurs associés à la non observance des personnes vivant avec le VIH à la thérapie antirétrovirale. Une prédominance du sexe féminin soit 65% a été observée. Le sex-ratio était de 2 femmes pour 1 homme. Le sexe féminin courrait 2 fois plus de risque d'abandonner le traitement que les hommes. L'âge moyen de cette étude est de 44 ans. 44,4% étaient des sans emploi, 41,7 % travaillaient dans le secteur privé. Ces résultats sont proches de ceux trouvés par Bepouka dont l'âge médian était de 43 ans avec des extrêmes de 18 et 75 ans (10). Mais contraire à ceux trouvés dans une étude Sénégalaise dont la population d'étude était de 158 patients, les hommes étaient légèrement majoritaires dont 84 hommes contre 74 femmes (prédominance masculine, sex-ratio 1,1), avec un âge moyen de 38 ans et 44% des patients étaient mariés et 41% sans emploi (14). Tandis que dans l'étude de Bepouka les patients étaient majoritairement mariés soit 41% suivi de 23,8% des veufs (10), un résultat proche de cette étude dont 37,5 % des patients étaient respectivement des mariés et des veufs.

L'inobservance aux ARV augmente plus chez les femmes que chez les hommes, conséquemment les animateurs doivent s'intéresser à cet aspect et chercher à identifier les facteurs internes qui accroissent l'inobservance chez les femmes. La majorité avait un niveau d'étude primaire (56,9%). Ceci est contraire à celui trouvé dans une étude menée à Douala qui note également que les niveaux d'études secondaires et supérieures sont les plus représentés, respectivement 56,0% et 20,2% (6).

La non observance aux ARV était statistiquement liée au coût élevé de soins médicaux ($IC_{95\%}=1,17-17,54$, $OR=5,68$, $p=0,03$) et la faible fréquence de repas ($IC_{95\%}=1,05-7,40$, $OR=2,80$, $p=0,03$). Les patients qui se déplaçaient au cours du traitement courraient plus le risque d'abandonner le traitement que les autres ($IC_{95\%}=2,39-11,11$, $OR=7,85$, $p=0,01$). Une étude menée à Dakar renchérit que les difficultés qui n'ont pas été décrites au Nord tiennent à l'accès économique au traitement, à l'impossibilité de respecter des rendez-vous du fait de déplacements du patient, aux ruptures d'accès au traitement du fait de l'absence du médecin pour renouveler l'ordonnance ou de la non-disponibilité des médicaments au moment du rendez-vous à la pharmacie (15). Pour minimiser ce facteur, les acteurs de santé doivent intensifier leurs actions en multipliant le nombre de centre de distribution des ARV, pour permettre aux PVVIH de prendre leur

traitement même en déplacement et d'assurer de bonne aisance l'observance thérapeutique. Et faire une communication positive pour éviter la stigmatisation dans les chefs des PVVIH. A Douala, il a été trouvé que les dix principales raisons de non observance évoquées sont : l'oubli ; la rupture de stock ; l'occupation; ne pas être chez soi ; le respect des heures de prise ; le fait d'être vu consommant des médicaments ; le sommeil; les effets secondaires ; le voyage et l'importance du nombre de médicaments (6). Ceci va en grande partie avec les résultats de cette étude dont selon l'ordre d'importance, les raisons ou facteurs associés à l'inobservance aux ARV sont l'oubli 37,5%, la conscience personnelle (19,4%) et le manque de confidentialité (13,9%). Dans une étude menée à l'Hôpital de District de Dschang au Cameroun, ces raisons ont été trouvées par ordre d'importance : l'oubli, le travail, l'endormissement, la mobilité (voyage), l'absence de nourriture. La rupture de stock à la pharmacie en était la 7^{ème} cause et la prescription inadéquate occupait le 9^{ème} rang (16). Une enquête longitudinale en milieu hospitalier à Bamako rapporte que l'oubli constitue le principal facteur de mauvaise observance (17). Une autre étude menée au Nigeria a trouvé pour principales causes l'occupation, l'oubli et la dépression (18). De tels résultats présentent une différence avec ceux observés dans les pays du Nord à Dakar, au Sénégal où les motifs liés aux médicaments, notamment les effets secondaires ont été décrits comme étant la première cause de non-observance (19). Dans l'étude menée sur un échantillon aléatoire simple représentatif des personnes infectées par le VIH suivies à l'hôpital communautaire et au centre Amis d'Afrique dans la ville de Bangui, l'observance thérapeutique variait de 67,3 à 94,3%, quel que soit le traitement. Selon le type de traitement, l'observance des patients sous CTX était inférieure (65,4 %) à celle des patients sous ARV (77,5 %) (20). Alors que cette étude a eu 40 (55,6%) des patients observant la TARV contre 32 (44,4%) qui ne sont pas observant à la TARV. Il est possible de penser qu'un accompagnement à l'observance pourrait améliorer la situation et favoriser une meilleure prise en charge des patients dans la ville de Bangui (16). Dans une étude dans le service hématologie pédiatrique du Pr Leverger, hôpital d'Enfants Armand-Trousseau, 75012 Paris, France, les causes de mauvaise observance dans la petite enfance étaient essentiellement liées au problème de la forme galénique des médicaments (21), comme le montrait déjà l'enquête menée en 1997



(22). Les résultats de cette étude montrent que 8,3% doutaient de l'efficacité des ARV. Par ailleurs, la décision d'arrêter le traitement est souvent prise au moment où l'adolescent veut se sentir bien, libéré, aspirant à son autonomie (23). Connaissant les conséquences d'un tel acte, c'est dans l'après-coup qu'un sentiment de culpabilité émerge pour certains d'entre eux et l'arrêt est la plupart du temps temporaire.

Les patients suivis par l'association Amis d'Afrique étaient plus observant que ceux de l'hôpital communautaire, ce qui confirme l'importance des relations entre soignant et soigné : en effet, dans le premier centre il existe un cadre dynamique d'échanges entre patients et dispensateurs (15), alors que dans cette étude, 11,1% des patients soutenaient que le personnel soignant n'était pas disponible et 9,7% manquaient de soutien moral. Dans une étude menée en France, pour l'adolescent, les préoccupations sont donc toutes autres. Quand il va mal, c'est contre son traitement qu'il s'en prend d'où les choix délibérés d'arrêt des médicaments. Leurs attentes vis-à-vis du traitement étaient modestes voire inexistantes (21). Ceci est proche des résultats de cette étude qui stipulent que 19,4% des sujets PVVIH étaient conscients de l'abandon du traitement et 11,1% étaient stigmatisés tant par leurs familles que par les soignants. Enfin, 9,7 % avaient des infections opportunistes et étaient sujet de la discrimination.

Limite de l'étude

L'idéal aurait été d'enquêter sur plusieurs sites de prise en charge des Personnes avec le VIH Sida de la ville de Kinshasa pour étendre la pertinence de l'étude par une comparaison des résultats inter sites. En plus, le caractère transversal de l'étude masque la détermination de l'observance du point de vue temporel. Le recours aux méthodes biologiques aurait garanti la validité de notre instrument d'investigation.

Force de l'étude

Cette étude tire ses données à partir d'un échantillon des sujets choisis parmi les PVVIH éligibles sur base de critères définis par l'étude. L'élaboration de l'instrument a tenu compte de plusieurs instruments de recherche déjà rendus universels. Les résultats de cette étude peuvent servir d'outil pour les recherches ultérieures et permettre aux décideurs de développer les stratégies de remédiation dans la prise en charge des PVVIH à Kinshasa.

Conclusion

L'inobservance à la thérapie antirétrovirale constitue une problématique dans le contexte de la RDC. L'anxiété et le stress de l'état sérologique, la mauvaise relation avec le soignant et l'oubli de prendre ses médicaments sont apparus comme les facteurs clés de l'inobservance thérapeutique. Pour pallier à cet obstacle qui handicape la prise en charge de PVVIH, il faut intensifier le renforcement des éducations thérapeutiques, la prise en charge psychosociale de ceux qui sont sous traitement ARV et la limitation des ruptures de stocks des ARV. Il faudra également que les PPVVIH s'approprient cette prise en charge pour sa meilleure réussite.

Conflit d'intérêt

L'article n'a aucun conflit d'intérêt selon la déclaration des auteurs.

Contribution des auteurs

Conception, revue de la littérature, collecte des données, interprétation et rédaction du manuscrit : Alphonse Muninga Atungale, Steve Cele Atungale, Rabby Monama Enzinga, Olivier Olivera Lunkama, Jules Nakamukwikila Ilaka et Joseph Bwami Mubuto

Construction du masque de saisie : Serge Aluna Inia et Gresse Bolasimbo Kabayidi,

Interprétation et rédaction : Marcus Kabangu, Faustine Nsakene Mupoy, Freddy Lanker Malebe, Didier Lampi Eloses, Emery Otak NGalafele,

Supervision et rédaction : Joseph wa Kazadi Tshibangu

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale et contribué dans la révision du manuscrit

Références

1. The Joint United Nations Programmed on HIV/AIDS. UNAIDS Data 2018. UNAIDS: 2018. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018>
2. Adama D, Mossou MC, Mourtada WD, Akpovomawusse BC, Kassi NA et Tanon KA. Observance des patients en multi-échecs aux traitements antirétroviraux à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Revue Internationale des Sciences Médicales d'Abidjan* 2021 ; **23** (4) : 319-324.
3. Haddad N, Robert A, Weeks A, Popovic N, Siu W et Archibald C. Le VIH au Canada – Rapport de surveillance, 2018.



- Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2019 ; **45** (12) : 334–343.
- i. <https://doi.org/10.14745/cdr.v45i12a01f>
 4. Ministère de la santé publique (2014) Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014), Rapport Final, Democratic Republic of Congo, Kinshasa, 27.
 5. Organisation Mondiale de la Santé (2017) Le VIH/Sida. Aide-mémoire actualisé. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>
 6. Essomba EN, Adiogo D, Koum DCK, Amang B, Lehman LG et Coppieters Y. Facteurs associés à la non observance thérapeutique des sujets adultes infectés par le VIH sous antirétroviraux dans un hôpital de référence à Douala. *Pan Afr Med J* 2015 ; **20** :412.
 7. Bassett IV, Chetty S, Giddy J, Reddy S, Bishop K, Lu Z et al. Dépistage de l'infection aiguë par le VIH en Afrique du Sud: recherche d'une maladie aiguë et chronique. *Méd. VIH*. 2011 ; **12** (1) : 46–53. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
 8. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Genève : OMS ; 2002. Améliorer l'accès aux traitements Antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : Recommandations pour une approche de santé publique. [Google Scholar]
 9. Nzuzi CN, Onyamboko M, Kokolomami J, Tukadila HA, Natuhoyila AN et Longo-Mbenza B. Facteurs associés à la co-infection tuberculose-VIH dans le diagnostic dans la zone de santé de Nzanza. *Journal de la bibliothèque en libre accès* 2021 ; **8** (3) : 1-14. [Google Scholar]
[<https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=107793>]
 10. Bepouka BI, Situakibanza H, Kiazayawoko F, Nkodila A, Mafuta E, Lukanu P, et al. Déterminants de la non-observance au traitement antirétroviral chez l'adulte à Kinshasa. *The Pan Afr Med J* 2020 ; **37** :157.
 11. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM)/Congo, Ministère de la Santé Publique (MSP)/Congo, ICF International. (2014). République Démocratique du Congo Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013–2014. [<https://files.givewell.org/files/DWDA%202009/DMI/DHS%20Survey%20DRC%20Preliminary%20results%202013.pdf>]
 12. Programme National Multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA Rapport d'activité sur la riposte au VIH/SIDA en République Démocratique du Congo 2012 Consulté le 2014 déc.
 13. Musumari PM, Wouters E, Kayembe PK, Kiumbu Nzita M, Mbikayi SM, Suguimoto SP, Techasrivichien T, Lukhele BW, El-Saaidi C, Piot P, Ono-Kihara M, Kihara M. Food insecurity is associated with increased risk of non-adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected adults in the Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2014 Jan 15;9(1):e85327. doi: 10.1371/journal.pone.0085327. PMID: 24454841; PMCID: PMC3893174.
 14. Lanièce I, Desclaux A, Ciss M, Diop K et Ndiaye B. Chapitre II. 1 L'observance des traitements antirétroviraux et ses déterminants. Analyse quantitative. *L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux*, 2002 ; p. 97.
 - i. [http://mediatheque.lecrips.net/docs/PDF_GED/S43720.pdf#page=105]
 15. Desclaux, A. L'observance en Afrique: question de culture ou «vieux problème» de santé publique. *L'observance aux traitements VIH/sida: mesure, déterminants, évolution*, 2001 ; 57-66.
 16. Mbopi-Kéou FX, Djomassi LD, Monebenimp F. Etude des facteurs liés à l'observance au traitement antirétroviral chez les patients suivis à l'Unité de Prise En Charge du VIH/SIDA de l'Hôpital de District de Dschang, Cameroun. *La revue médicale panafricaine* 2012 ; **12** (1) : 1-11. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
 17. Oumar AA, Dao S, Diamoutene A, Coulibaly S, Koumare B, Maiga II, Mariko E. Factors associated with antiretroviral treatment observance at Point "G" hospital. *Mali Med*. 2007; **22**(1):18–21. [PubMed] [Google Scholar]
 18. Oku AO, Owoaje ET, Ige OK, Oyo-ita A. Prevalence and determinants of adherence



- to HAART amongst PLHIV in a tertiary health facility in south-south Nigeria. *BMC Infectious Diseases* 2013; **13** (1):401. [[Article PMC gratuit](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
19. Tanon A, Polneau S, Aba T, Ouattara I, Kassi A, Eholié, S. L'observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH positifs à Abidjan de mars à septembre 2002. *Rev. Int. Sc. Méd.*, 2006 ; **8** (2) : 53-58.
 20. Mouala C, Kaba-Mebri J, Wata JB, et Rey JL. Facteurs associés à une bonne observance thérapeutique chez les patients infectés par le VIH à Bangui. *Cahiers santé* 2006 ; **16** (2) : 1-12.
 21. Trocmé N, Vaudre G, Dollfus C, Leverger G. Observance du traitement antirétroviral de l'adolescent séropositif pour le VIH. *Archives de pédiatrie*, 2002 ; **9** (12) : 1241-1247.
 22. Vaudre G, Martelet S, Courpotin C et Dollfus C. Adhésion au traitement antirétroviral chez l'enfant atteint d'une infection à VIH. *La Lettre de l'infectiologue* 2001 ; **16** (3) : 73-78.
 23. Trocmé N, Vaudre G, Dollfus C, Leverger G. Désir d'autonomie et séropositivité des adolescents : concilier l'inconciliable. *Le Journal du Sida* 2001; **138**:15–18.

Voici comment citer cet article : Atungale AM, Atungale SC, Lunkama OO, Inia SA, Ngalafele EO, Ilaka JN *et al.* Facteurs associés à la non-observance des personnes vivant avec le VIH à la thérapie antirétrovirale. *Ann Afr Med* 2023; **16** (4): e5351-e5362. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i4.8>